

**Examen spécifique entre 36 et 41 SA**

*(Tampon du médecin)*

**Fiche patient / biométries**

Nom :	Prénom :	Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Date et lieu de naissance :
Examen réalisé par :			
Age gestationnel :	SA	Date d'examen :	Age réel :
Poids :	Taille :	PC :	Age corrigé :
Libéral <input type="checkbox"/> Hospitalier <input type="checkbox"/> CAMSP <input type="checkbox"/> PMI <input type="checkbox"/>			

**Famille / lieu de vie / alimentation**

Lieu de vie : Domicile <input type="checkbox"/> Hospitalisation <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> (préciser) :	Mère :	Autre :
Numéros de téléphone actuels	Père :	Fratrie : Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> (Si oui, préciser rang) : /
Situation familiale : Couple <input type="checkbox"/> Parent isolé <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> (préciser) :	Allaitement : Maternel <input type="checkbox"/> Mixte <input type="checkbox"/> Artificiel <input type="checkbox"/>	
Posturage : Mousse <input type="checkbox"/> Cocon <input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/>		

**Pathologies observées**

Maladie pulmonaire chronique : Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	<sup>02</sup> Traitement <input type="checkbox"/>	Maladie digestive chronique : Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	RGO traité <input type="checkbox"/>
(si oui, préciser) :	Bronchoite <input type="checkbox"/>	(si oui, préciser) :	Gastrostomie <input type="checkbox"/>
Autre pathologie chronique Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>			Difficultés alimentaires <input type="checkbox"/>
(si oui, préciser) :			Ig anti VRS : Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>

**Examens et dépistages sensoriels**

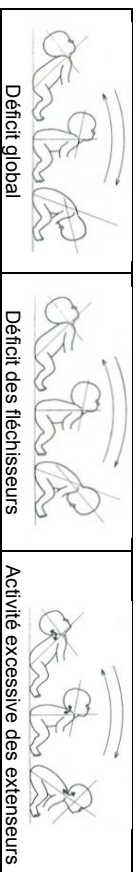
Bilan auditif : Non fait <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> A contrôler <input type="checkbox"/> (Si anormal ou à contrôler, préciser) :	D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> Bilatéral <input type="checkbox"/>
Fond d'oeil : Non fait <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> (Si anormal, à préciser) :	ROP D <input type="checkbox"/> Stade 1 <input type="checkbox"/> Stade 2 <input type="checkbox"/> Stade 3 <input type="checkbox"/> Stade 4a <input type="checkbox"/> Stade 4b <input type="checkbox"/> Stade 5 <input type="checkbox"/> Etat + <input type="checkbox"/>
	ROP G <input type="checkbox"/> Stade 1 <input type="checkbox"/> Stade 2 <input type="checkbox"/> Stade 3 <input type="checkbox"/> Stade 4a <input type="checkbox"/> Stade 4b <input type="checkbox"/> Stade 5 <input type="checkbox"/> Etat + <input type="checkbox"/>
Poursuite visuelle : Normale <input type="checkbox"/> Anormale <input type="checkbox"/> (Si anormale, préciser) :	Obtention : Facile <input type="checkbox"/> Difficile <input type="checkbox"/> Absente <input type="checkbox"/> Limitation : Aucune <input type="checkbox"/> Bilatérale <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>

**Examen neurodéveloppemental**

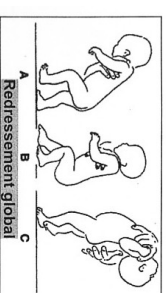
Comportement : Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> (si anormal, préciser) :	Contact social : Normal <input type="checkbox"/> Pauvre <input type="checkbox"/> Absent <input type="checkbox"/>
	Pleurs : Normaux <input type="checkbox"/> Anormaux <input type="checkbox"/> Absents <input type="checkbox"/>
	Tolérance aux manipulations : Normale <input type="checkbox"/> Déstabilisation modérée <input type="checkbox"/> Déstabilisation sévère <input type="checkbox"/>
Développement moteur : Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> (si anormal, préciser) :	Motricité : Symétrique <input type="checkbox"/> Préférence D <input type="checkbox"/> Préférence G <input type="checkbox"/>
	Activité motrice spontanée : Normale <input type="checkbox"/> Pauvre <input type="checkbox"/> Absente <input type="checkbox"/>
	Abduction spontanée du pouce : Normale <input type="checkbox"/> Pouce inactif <input type="checkbox"/> Pouce fixé <input type="checkbox"/>
Forme du crâne : Normale <input type="checkbox"/> Anormale <input type="checkbox"/> (si anormale, préciser) :	Plagiocéphalie postérieure <input type="checkbox"/> Plagiocéphalie D <input type="checkbox"/> Plagiocéphalie G <input type="checkbox"/>
	Autre <input type="checkbox"/> ; préciser

**Tonus :** Normal  Anormal  (si anormal, préciser) :

**Tonus axial :** Normal  Hypotonie axiale  Hypertonie axiale



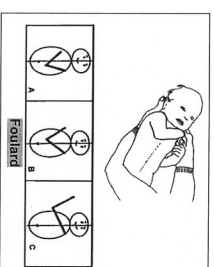
Flexion				
Extension			Amplitudes illimitées	



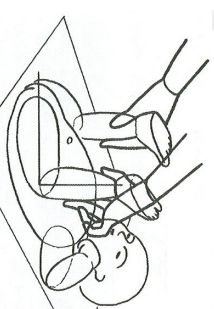
A : adéquat ; B : inexistant ; C : excessif

**Tonus périphérique :** Normal  Hypotonie périphérique  Hypertonie périphérique

Asymétrique : Non  Oui   
Si oui, préciser le côté **hypertonique** : D  G



**Foulard :**  
 A : ne dépasse pas la ligne médiane (normal)  
 B : dépasse la ligne médiane (hypotonie modérée)  
 C : aucune résistance (hypotonie sévère)



**Angle poplité :**  
  $\geq 90^\circ$  (normal)  
  $\leq 70^\circ$  (hypertonie)  
 Aucune résistance (hypotonie)

**Réflexes archaïques :** Présents  Absents

**Score neuromoteur :** 0  1  2  3  4  5

- 0 - Normal  
 1 - Anomalie modérée du tonus ou des réflexes  
 2 - Anomalie modérée du tonus et des réflexes  
 3 - Anomalie du tonus et/ou des réflexes avec diminution de la force musculaire du tronc et des extrémités  
 4 - Anomalie motrice +/- atteinte des nerfs crâniens  
 5 - Tétraparésie spastique

**Paraclinique :** Non  Oui  (si oui, préciser) :

**Prise en charge à prévoir :** Non  Oui  (Si oui, préciser) :  
 Kinésithérapeute  Psychomotricité  CAMSP  Psychologie  Orthophonie   
 Autre prise en charge  (préciser) :

**Consultation de recours demandée :** Non  Oui  (Si oui, préciser) :  
 Ophtalmologie  ORL  Pneumopédiatrie  Neuropédiatrie / MPR  Gastropédiatrie   
 Autre  (préciser)